

NESTA EDIÇÃO



"Sicko"

Este documentário de Michael Moore é para você ver e crer: as coisas sempre podem piorar!

RADIS
comunicação em saúde

DESDE 1982



Nº 66 • Fevereiro de 2008

Av. Brasil, 4.036/515, Manguinhos
Rio de Janeiro, RJ • 21040-361

www.ensp.fiocruz.br/radis

Impresso Especial

050202087-3/2004-DR/RJ
Fundação
Oswaldo Cruz

CORREIOS



ABORTO NO BRASIL

Uma questão não somente de
saúde pública,
como também de
justiça social,

conclui pesquisa MS/UERJ/IPAS

FEBRE AMARELA:
mídia dissemina pânico

Isso dói à beça

Marinilda Carvalho

Estreou em janeiro no Brasil o documentário *SOS Saúde* (*Sicko*, 2007, 123 minutos), do diretor americano Michael Moore. Se você está entre os que consideram Moore exibicionista e conspiracionista, esqueça o preconceito: veja o filme. É um escândalo. Ou uma catástrofe, como sugere o próprio cineasta, que conquistou um Oscar em 2003 com *Tiros em Columbine* (*Bowling for Columbine*, 2002) e merecia outro com *Fahrenheit 9/11* (2004).

O filme tinha um roteiro pronto, mas mudou depois que Moore postou em seu site na internet (www.michaelmoore.com) mensagem pedindo que os americanos contassem suas experiências com o sistema de saúde dos Estados Unidos. Foram mais de 25 mil depoimentos, de tristes a trágicos, em poucos dias. Numa população de 301 milhões de habitantes, 47 milhões não têm plano de saúde, e por causa disso 18 mil morrem por ano. Mesmo quem tem plano come o pão que o diabo amassou. Vítimas de acidentes de trânsito, por exemplo, recebem a conta do transporte em ambulância para o hospital — a remoção não fora aprovada. “Eu deveria correr a um telefone antes de desmaiar?”, pergunta uma acidentada.

Histórias de mau atendimento, contudo, todos conhecem. Até em país com sistema gratuito e universal de saúde. Moore visitou alguns deles para efeito de comparação, como Canadá, Inglaterra e França. Canadá? Mas e o hospital horrível mostrado no filme *As invasões bárbaras* (Denys Arcand, 2003), seqüência tardia de *O declínio do império americano* (1986)? Pois em *Sicko* você fica sabendo que a difamação do sistema canadense é um dos projetos mais queridos da “indústria da saúde” nos EUA, que tem fobia da medicina não-lucrativa e considera “coisa de comunista” qualquer iniciativa de “socialização” da saúde.

Muito bem-editado, *Sicko* é repleto de informação e ação, com vários momentos de impacto. O mais chocante trata do papel dos políticos na questão da saúde pública. Esse trecho começa com imagens dos telejornais americanos noticiando os lucros “obscenos” de seguradoras de saúde como Humana, UnitedHealth, Aetna, Blue Cross, Cigna, HCA. “Mas seu maior feito foi compra-

da Pharma, com salário de US\$ 2 milhões anuais; 14 assistentes legislativos que trabalharam na redação da lei deixaram seus empregos no Capitólio e ganharam cargos na indústria farmacêutica.

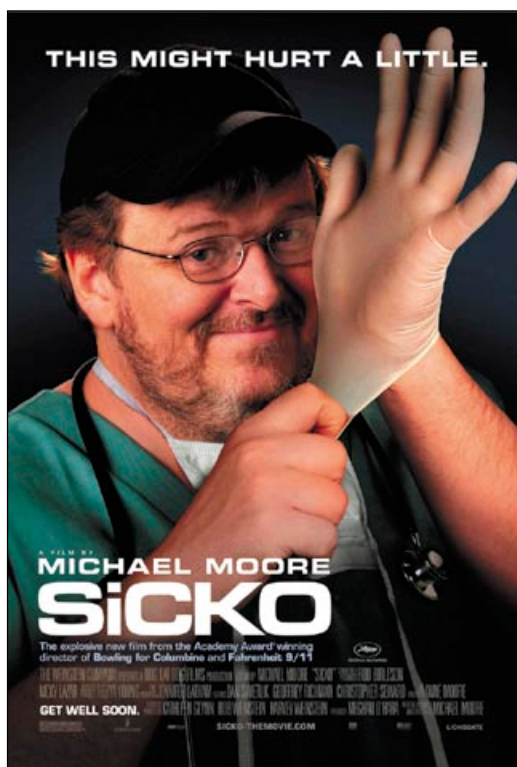
Hillary Clinton é outro exemplo citado. Quando primeira-dama, nos anos 90, teve seu projeto para um sistema de saúde universal enterrado graças ao lobby dessa indústria, que despejou US\$ 100 milhões sobre os congressistas para “queimar” a imagem dela. Mais tarde, na campanha ao Senado, foi “recompensada pelo seu silêncio”: recebeu US\$ 854 mil das seguradoras, a segunda maior doação da época.

Um parêntese: na presente campanha à presidência dos EUA constatou-se que o tema doméstico mais preocupante para o eleitor não é o terrorismo, mas o sistema de saúde. Os pré-candidatos têm planos de inclusão do americano abandonado, embora nenhum seja universal: sabem que qualquer iniciativa nesse sentido será esmagada pela incansável “indústria da saúde”.

Nesta campanha, por exemplo, todos os pré-candidatos foram agraciados com muito dinheiro reunido por seguradoras, laboratórios, associações profissionais. Os maiores beneficiários? Os democratas Hillary Clinton (US\$ 2,6 milhões) e Barack Obama (US\$ 2,1 milhões), informa o site de Moore. Em seu discurso da vitória nas primárias de New Hampshire (8/1/08),

Hillary fingiu de morta. Disse que as companhias de petróleo, de medicamentos, de seguros de saúde têm há sete anos um presidente que as defende. “É hora de um presidente que defenda todo o povo”.

No filme, o diretor pergunta: como um país que construiu há mais de 100 anos sólidos sistemas de educação e segurança públicos pôde deixar a saúde chegar a este ponto? Você descobrirá vendo o filme. É imperdível. Se a crítica lhe disser que esta é mais uma “travessura” de Michael Moore, ignore. *Sicko* é um alerta muito sério de que os tempos que vivemos podem piorar. Se duvida, vá à pag. 19. ■



“Isso pode doer um pouquinho”, diz o cartaz do filme

rem o Congresso americano”, diz Moore, o narrador. Milhões de dólares são “doados” a políticos — em campanha eleitoral ou fora dela. Na aprovação da Lei de Modernização das Receitas Médicas, que segundo o documentário desviou US\$ 800 milhões para a indústria farmacêutica do programa federal de medicamentos para idosos — resultando em mais dispêndio para os doentes —, destacou-se o deputado Billy Tauzin. Em defesa da lei, exibiu a própria mãe em plenário, ao lado de velhinhas em cadeiras de rodas: “Eu amo esta mulher”, discursou, olhos marejados. O filme mostra a recompensa. Ao término do mandato foi conduzido à presidência

DIVULGAÇÃO

Problemas de saúde

Na 13ª Conferência Nacional de Saúde, delegados contra a descriminalização do aborto optaram por votar contra a considerar o aborto um problema de saúde pública. Mas nesta revista não há como negar este fato inofismável.

Nossa matéria de capa antecipa resultados de ampla pesquisa a ser divulgada, ainda neste semestre, sobre as implicações à saúde da mulher dos abortamentos inseguros no Brasil, que podem chegar a 1,2 milhão dos cerca de três milhões que ocorrem na América do Sul. O estudo mostra também que se trata de grave problema social, na medida em que os riscos são desiguais conforme o nível econômico, a região geográfica e a cor das mulheres.

Estudo dinamarquês revelou que cesarianas eletivas antes da 40ª semana de gravidez também são um problema de saúde pública. Antes da 37ª, por exemplo, acarretam quatro vezes mais problemas respiratórios para os bebês do que os partos normais. No Brasil, que apresenta uma das maiores taxas de cesariana do mundo — chega a 80% dos partos nos hospitais particulares —, esta é uma questão ainda mais grave. Correm

risco não apenas as crianças, mas também as mães, com maior probabilidade de infecções, sangramentos e ruptura uterina futura.

Outro problema, menor que os acima, também é destaque nesta edição: febre amarela — a silvestre, pois a forma urbana está erradicada desde 1942 — e o tom alarmista da cobertura na imprensa. A desinformação gerou corrida aos postos de saúde: mesmo quem não precisa exige sua dose de vacina.

Para não ficar no lugar comum de que o Brasil é o pior dos mundos, é bom lembrar que nosso imperfeito SUS é um dos poucos sistemas universais de atenção do planeta, junto com, entre outros, os do Canadá, da França, da Inglaterra. Na página ao lado, veja uma resenha sobre o filme *SOS Saúde* (título original, *Sicko*), que mostra como o sistema de saúde americano (baseado em planos de saúde privados) deixa sem assistência 47 milhões de cidadãos. Na seção Pós-Tudo, confira artigo sobre como o atual governo pode destruir o admirável Serviço Nacional de Saúde britânico.

Rogério Lannes Rocha
Coordenador do Programa RADIS

CARTUM



A.D.

Comunicação e Saúde

- ♦ Isso dói à beça 2

Editorial

- ♦ Problemas de saúde 3

Cartum

3

Cartas

4

Súmula

6



Toques da Redação

9

Panorama do aborto no Brasil

- ♦ Grave problema de saúde pública e de justiça social 10



Febre amarela

- ♦ Um fenômeno (clássico) de imprensa 16

Radis adverte

17

Serviço

18



Pós-Tudo

- ♦ *Sicko 2*: a destruição do Serviço Nacional de Saúde britânico 19



CARTAS

DENGUE E EDUCAÇÃO



Ao receber a edição nº 64, fiquei muito contente pela importância e relevância dadas às informações sobre dengue. A matéria de capa "Brasil leva surra do *Aedes aegypti*" representa, também, a minha preocupação. Fiz mestrado no Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia, com dissertação disponível no sítio (www.ig.ufu.br), cuja temática foi "Manejo integrado para controle do *Aedes* e prevenção contra a dengue, no Distrito de Martinésia, em Uberlândia (MG)", em que trabalhamos com Educação Ambiental e Vigilância Ambiental em Saúde e ficou clara a importância do manejo integrado. Mas o mais relevante

foram as diversas atividades educativas e pedagógicas, principalmente a mobilização dos moradores (via escola) na retirada dos criadouros.

Atualmente, já inicio o doutorado (Geografia/UFU), com a temática "A educação ambiental e a vigilância ambiental em saúde a partir das percepções e das representações socioespaciais e ambientais dos moradores em torno da dengue no distrito de Martinésia, município de Uberlândia (MG)". A reportagem do RADIS veio confirmar algumas inquietações sobre o tema em estudo, principalmente educação e informação.

♦ João Carlos de Oliveira, Uberlândia, MG

SAÚDE SEM CPMF

Gostaria de pedir à *Radis*, se possível, que na próxima edição da revista faça avaliação ou mesmo prognóstico de como ficará o setor saúde, o seu financiamento, a partir de agora que a CPMF não foi prorrogada e a EC nº 29 ainda não foi votada definitivamente. Grande abraço a todos. Obrigado por me oferecer, pela *Radis*,

os meios para a problematização da realidade e, obviamente, o avanço nas reflexões e atitudes na atuação em saúde pública.

♦ Son Queiroz, enfermeiro, Valença, RJ

Com o fim da CPMF e a regulamentação da EC 29, como fica o recurso para a saúde?

♦ Luciana Regina de Melo, Registro, SP

R Caros amigos, estamos acompanhando (ver pág. 6) e noticiaremos assim que houver definição.

PROFISSÕES DO SUS

Tive a grata satisfação de conhecer a *Radis* e, desde então, tenho lido todas as publicações com entusiasmo, diante da seriedade com que são expostas as matérias referentes à saúde no setor público. Sugiro que seja realizada uma matéria que trace um panorama da profissão do fonoaudiólogo no SUS, e em especial, explanando quais as perspectivas para a implantação desta área no PSF, considerando, evidentemente, as diversidades a nível nacional.

♦ Juliana Feitosa Santos, João Pessoa

R Cara leitora, está na pauta uma reportagem sobre as profissões do SUS.

"RODA DE SAÚDE"



Sou do Diretório Central dos Estudantes "Leão de Faria" da Universidade Federal de Alfenas. Temos um projeto chamado "Roda de Saúde", cujo tema principal é a discussão sobre o SUS e a formação profissional em saúde voltada para o SUS. Passamos a receber a *Radis* em outubro de

EXPEDIENTE



Ministério
da Saúde



FIOCRUZ



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SÉRGIO AROUCA
ENSP

RADIS é uma publicação impressa e online da Fundação Oswaldo Cruz, editada pelo Programa RADIS (Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde), da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp).

Periodicidade mensal
 Tiragem 60.000 exemplares
 Assinatura grátis
 (sujeita à ampliação do cadastro)

Presidente da Fiocruz Paulo Buss
 Diretor da Ensp Antônio Ivo de Carvalho

Ouvidoria Fiocruz
 Telefax (21) 3885-1762
 Site www.fiocruz.br/ouvidoria

PROGRAMA RADIS
 Coordenação Rogério Lannes Rocha
 Subcoordenação Justa Helena Franco
 Edição Marinilda Carvalho

USO DA INFORMAÇÃO — O conteúdo da revista *Radis* pode ser livremente utilizado e reproduzido em qualquer meio de comunicação impresso, radiofônico, televisivo e eletrônico, desde que acompanhado dos créditos gerais e da assinatura dos jornalistas

Reportagem Katia Machado (subeditora), Adriano De Lavor, Bruno Dominguez e Karine Thames de Menezes (estágio supervisionado)

Arte Aristides Dutra (subeditor)

Documentação Jorge Ricardo Pereira, Laís Tavares e Sandra Suzano

Secretária e Administração Onésimo Gouvêa e Fábio Renato Lucas

Informática Oswaldo José Filho

Endereço

Av. Brasil, 4.036, sala 515 — Manguinhos
 Rio de Janeiro / RJ • CEP 21040-361
 Tel. (21) 3882-9118 • Fax (21) 3882-9119

E-mail radis@ensp.fiocruz.br

Site www.ensp.fiocruz.br/radis (a seção *Radis* na Rede é semanal; Últimas Notícias atualiza matérias da edição impressa)

Impressão

Ediouro Gráfica e Editora SA

responsáveis pelas matérias reproduzidas. Solicitamos aos veículos que reproduzirem ou citarem conteúdo de nossas publicações que enviem para o *Radis* um exemplar da publicação em que a menção ocorre, as referências da reprodução ou a URL da Web.

2007, e estamos utilizando bastante a revista para estimular as discussões. Gostaríamos de parabenizá-los pela revista e a maneira como os temas são abordados. Gostaríamos de receber edições antigas da *Radis* ou outras publicações da Fiocruz e de fora para auxiliarem nas nossas discussões e para montarmos um pequeno acervo de saúde pública. O endereço para envio é: DCE-LF, Rua Nicolau Coutinho, 25, Centro, CEP 37130000, Alfenas, MG, A/C Projeto Roda de Saúde.

♦ Lucas Bronzatto Silveira, Coordenadoria de Comunicação DCE-LF, Alfenas, MG

POR QUE O FRENESI?

Leitor diligente desta revista, não poderia deixar de enviar-lhes minha opinião sobre o "início da vida", tema de periódicos e muito discutido nas seções Cartas e Súmula desta excelente via de comunicação em saúde.

Por que este frenesi? Discutir o "início da vida"? Que hipocrisia, que infantilidade, que prepotência, que iniquidade, que interesses? A vida não tem início. A vida é. Façam o que quiserem com o ovo, com o embrião ou com o feto, até com os gametas. Assumam a responsabilidade – e têm obrigação de assumi-la. Responderão por ela aqui ou alhures. Mas a vida é: antes, agora e depois. Lembre-se: "Sob a luz da ética, o nosso *ethos* não pode esconder-se". Também o "sopro vital"! Não foi por acaso.

♦ Fernando Silveira Picheth, Curitiba

RADIS 25 ANOS



Quero parabenizar o sanitarista Gastão Wagner, professor da Unicamp, e Bruno Camarinha Dominguez, que captou a reportagem de forma coesa na matéria "O SUS é melhor do que o Brasil", na edição nº 62 (out/2007). O que falta neste país é mais amor, paixão pela pátria, dignidade e liberdade de expressão da vontade do povo.

♦ Mario Valente, funcionário público estadual, Manaus

Meus cumprimentos pelos 25 Anos de RADIS. Excelente o nº 60, de agosto de 2007! Uma ótima retrospectiva dos 25 anos de luta, glórias, informação e colaboração em prol da saúde do povo brasileiro. Sempre é motivo de alegria continuar recebendo e lendo este excelente periódico. Agradecendo a atenção, encerro com as palavras do Ilmo. Sr. Diretor da Ensp/Fiocruz, inseridas no editorial desse número: "Longa vida ao RADIS, esteio da Reforma Sanitária Brasileira!"

♦ Severino Cassiano Ferreira, Água Preta, PE

RADIS AGRADECE

Sou enfermeiro de Saúde Pública há mais de 15 anos, há mais de 10 trabalho em equipes de PSF/PACS e também sou presidente do Conselho Municipal de Saúde, além de ser diretor regional do Sindicato dos Enfermeiros do Rio Grande do Sul (Sergs) e conselheiro titular do Conselho Regional de Saúde do Alto Uruguai, no RS.

Há dois anos acompanho a *Radis*, revista que aprendi a admirar pela diversidade de assuntos, a qualidade e a grande importância junto aos órgãos públicos municipais. Pelos temas desenvolvidos posso manter minha equipe atualizada e muito bem-informada. Só tenho elogios ao grande trabalho desenvolvido por esta equipe, neste momento de tantas incertezas em nosso país, tanto éticas quanto morais. É muito bom para nós, profissionais de saúde, contar com um trabalho sério e competente.

♦ Max Ale Rivas Oliz, Machadinho, RS

NA PAUTA

A primeira vez em que tive contato com a revista foi na Secretaria de Saúde do meu município, e fiquei interessada. Gostaria de agradecer pelas edições recebidas. Trabalho na área de saúde, sou assistente social de um Caps-Álcool/Drogas e a revista só veio contribuir para o meu aprendizado. Se possível, publiquem algo sobre dependência química, certamente somaria ao meu conhecimento em relação ao tema.

♦ Natália Maria de Lima, Iguatu, CE

EM SALVADOR, SAÚDE EM RISCO

Sou conselheiro municipal de saúde e gostaria de solicitar a presença de uma equipe para cobrir o conflito no SUS de Salvador. A atenção básica

passa por grandes dificuldades devido ao amplo processo de terceirização a mantenedoras de grandes hospitais privados da cidade, que detêm grande poder. O conflito entre a SMS e essas mantenedoras está chegando ao clímax no momento em que claramente a saúde deve se tornar central no debate para as eleições de 2008. A entrega do SUS ao setor privado tem clara identificação com o projeto da direita, e esta provavelmente retornará ao Palácio Tomé de Souza, dadas as primeiras pesquisas de intenção de voto que apontam ACM Neto, Antonio Imbassay (ex-prefeito responsável pela entrega dos distritos sanitários a terceiros) e Raimundo Varela como mais cotados.

O caso de Salvador é emblemático para se enterrar de vez o projeto tucano de entrega do Estado à gestão privada: com a terceirização perdem os trabalhadores da saúde pela instabilidade e falta de direitos trabalhistas; perdem os usuários pela qualidade limitada de serviços, com alta rotatividade de profissionais, sem tempo para criar vínculo com a comunidade; e perde o gestor público, com a pouca governabilidade para implementar sua política de saúde pactuada com o controle social, a despeito das conferências de saúde de Salvador. (...) Acredito serem Salvador, Rio de Janeiro e São Paulo fundamentais para a defesa política de um sistema público de saúde.

♦ Victor Rocha Santana, Diretório Acadêmico Pirajá da Silva, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador

▣ *Prezado leitor, está na pauta um balanço da saúde na Bahia.*

FALHA NOSSA!

Solicito retificação de meu nome, que foi grafado erroneamente na revista de novembro (Toques da Redação, *Radis* 63). O nome correto é Carlos Neder, e não Carlos Nader.

♦ Carlos Neder, vereador (PT), São Paulo

▣ *Pedimos muitas desculpas ao prezado vereador.* ▣

NORMAS PARA CORRESPONDÊNCIA

A *Radis* solicita que a correspondência dos leitores para publicação (carta, e-mail ou fax) contenha identificação completa do remetente: nome, endereço e telefone. Por questões de espaço, o texto pode ser resumido.

SÚMULA

MÊS DE EXPECTATIVA NA SAÚDE



FOTO: MOREIRA MARIZ/AGÊNCIA SENADO

Com a derrubada da CPMF no Senado (foto) na madrugada de 12 para 13 de dezembro, fevereiro será de grande expectativa para a saúde pública: o governo decidirá que gastos cortará e o Congresso deve finalizar o Orçamento da União. Conass e Conasems anunciaram que, agora, a única saída é a regulamentação da EC 29 nos termos do PLS 121/2007, do senador Tião Viana (PT-AC), que prevê a aplicação na saúde de 10% da receita corrente bruta da União, como previa o PLP 1/03, alterado pela Câmara (31/10). “É preciso que a regulamentação da EC 29 seja votada logo no início dos trabalhos legislativos”, ressaltou o presidente do Conass, Osmar Terra (8/1). “O Congresso tem responsabilidade por não ter nos deixado alternativa de financiamento”. Terra, secretário de Saúde do RS, contou ter ouvido do ministro Temporão que a Saúde só tem repasse garantido do limite constitucional, de R\$ 48 bilhões. Assim, até o PAC da Saúde está em risco. “É piada dizer que corte de receita vai melhorar a saúde”, disse.

Representantes de nove entidades do setor saúde, reunidos em 16/1 em Brasília, lançaram nota em defesa do SUS, da Seguridade Social e da “continuidade da luta por um financiamento definido, definitivo e suficiente que deverá ser assegurado pela votação imediata no Congresso da regulamentação da EC 29” (ver íntegra em www.ensp.fiocruz.br/radis/rede/109.html).

PARCEIROS GAYS NA PREVIDÊNCIA

A Comissão de Trabalho, Administração e Serviço Público da Câmara dos Deputados aprovou (19/12) a inclusão como dependente, para fins previdenciários, do companheiro ou companheira homossexual dos segura-

dos do INSS e dos servidores públicos civis da União que mantenham relação estável, como previsto no Projeto de Lei 6.297/05, do deputado Maurício Rands (PT-PE). A proposta altera a Lei de Benefícios da Previdência Social (Lei 8.213/91) e o Regime Jurídico Único dos Servidores Civis (Lei 8.112/90). O presidente da comissão, Nelson Marquizezelli (PTB-SP), votou contra, informou a Agência Brasil.

Rands justificou seu projeto dizendo que a existência de parceiros homossexuais é uma realidade que não pode ser escamoteada pelo Estado: “Há, inclusive, parceiros que adotam crianças”. A relatora, Manuela d’Ávila (PCdoB-RS), argumentou que o contínuo processo de transformação da sociedade “impõe ao legislador a obrigação de amoldar as normas legais à evolução dos conceitos”. Se a lei se refere à pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes e não faz distinção de relacionamentos hetero ou homoafetivos, cabe ao Congresso alterá-la, para que “expresse a abrangência com que a sociedade hoje acolhe e legítima tais relacionamentos”.

Para Rands, não existe fundamento, “à exceção do recurso ao preconceito filosófico, moral ou religioso”, que justifique a designação de dependentes por casais formados por pessoas de sexos opostos e o mesmo não se dê para parceiros do mesmo sexo. “Afim, queiramos ou não, gostemos ou não, as relações entre pessoas do mesmo sexo e, por consequência, a formação de parceiros homossexuais ocorrem desde que o mundo é mundo”.

Apesar da jurisprudência e de norma interna do INSS sobre o tema, a questão ainda é controversa nos tribunais, disse o deputado, e somente a previsão em lei confere segurança jurídica à matéria. O projeto ainda será analisado, em caráter conclusivo, pelas comissões de Seguridade Social e Família e de Constituição e Justiça.

URUGUAI APROVA UNIÃO CIVIL ENTRE GAYS

O Congresso do Uruguai legalizou (18/12) a união civil entre casais homossexuais, e esperava-se a sanção do presidente Tabaré Vázquez. Cidade do México e Buenos Aires já têm leis semelhantes, mas a uruguaia é a pri-

meira de caráter nacional na América Latina, continente que abriga metade dos católicos do mundo. Agora, casais gays (e heterossexuais) poderão formar uniões civis após viverem juntos por cinco anos, com direitos similares aos garantidos aos casados em temas como herança, pensão e custódia dos filhos.

CPI SOBRE DESNUTRIÇÃO DE CRIANÇAS INDÍGENAS

A Comissão Parlamentar de Inquérito que vai investigar as causas e os responsáveis pelas mortes de crianças indígenas por subnutrição iniciou seus trabalhos no dia 19/12/07, com a eleição de seu presidente, deputado Vital do Rêgo Filho (PMDB-PB), e do relator, deputado Vicentinho Alves (PR-TO). A CPI tratará também do aumento do consumo de álcool pelos indígenas e do uso das reservas para tráfico de drogas. A CPI tem prazo até 24 de março para conclusão dos trabalhos.

COQUETEL MAIS BRASILEIRO

O Brasil espera começar a produzir até o fim de 2008 o anti-retroviral DDI Entérico (didanosina), que faz parte do coquetel anti-aids e tem custo anual de US\$ 10 milhões para o governo: a patente do medicamento, depositada na Espanha por Farmanguinhos/Fiocruz e o laboratório Blanver, recebeu avaliação positiva de peritos europeus. O Brasil consome hoje por ano 7 milhões de comprimidos, ao custo unitário de US\$ 1,40. Com a produção local, estima-se que o preço caia gradualmente à metade. Outra droga, o Efavirenz, será produzida a partir de maio em Farmanguinhos, que também depositou em vários países a patente da pílula 3 em 1 (zidovudina, lamivudina e nevirapina) para uso infantil.

CHE, O CARRASCO E O DESTINO

Médicos cubanos restauraram em 2007 a visão do sargento boliviano Mario Terán Salazar, que em 9 de outubro de 1967 executou a tiros o guerrilheiro cubano-argentino Ernesto Che Guevara, informou o diário britânico *The Guardian*, a partir de informações do *Granma*, de Cuba.

“Quatro décadas depois da tentativa de Mario Terán de destruir um sonho e um ideal, Che retorna para ganhar mais uma batalha”, disse o porta-voz oficial do Partido Comunista. Idoso e aposentado, Terán sofria de catarata e foi operado na Operação Milagre, programa financiado pelos petrodólares venezuelanos, pelo qual equipes cubanas oferecem tratamento oftalmológico gratuito às populações pobres da América Latina. O fato ficou conhecido quando o filho de Terán escreveu ao jornal boliviano *El Deber* agradecendo aos médicos cubanos.

ESTUDO DETALHA RISCOS DA CESÁREA

Pesquisadores da Universidade de Aarhus, na Dinamarca, afirmam que a cesariana eletiva (sem trabalho de parto) até a 40ª semana gestacional eleva o risco de problemas respiratórios no recém-nascido. Publicada no *British Medical Journal* (12/12), a pesquisa avaliou dados de 34 mil cesáreas eletivas e concluiu que quanto mais cedo o procedimento maiores os riscos de complicações pulmonares nos bebês. Cesarianas realizadas na 37ª semana gestacional acarretam quatro vezes mais problemas respiratórios do que partos normais na mesma semana.

O neonatologista Fernando Facchini, da Faculdade de Medicina da Unicamp, disse à revista *ComCiência* que a estratificação por idade gestacional é a novidade do estudo, pois os riscos decorrentes da cesárea são discutidos há muito tempo, em especial as implicações para o sistema respiratório, que precisa estar plenamente desenvolvido na hora do parto. “Como não se tem meio de avaliar isso, corre-se o risco de fazer a cesárea antes de se ter atingido a maturidade pulmonar”, alertou.

A cesárea traz riscos também para a mãe, como maior probabilidade de infecções, sangramentos e ruptura uterina futura. Para Facchini, no Brasil “a maior parte das indicações para cesárea não convence”: os obstetras optam por esse tipo de parto por questões financeiras (a cesárea é mais bem remunerada) e de tempo. “Em muitos países, toda uma equipe obstétrica acompanha a paciente, e o obstetra só entra em cena se surge um problema”, observou. “No Brasil, o obstetra trabalha sozinho: se fizer um parto normal, corre o risco de passar oito horas” acompanhando a mãe.

O Brasil apresenta uma das maiores taxas de cesariana do mundo. A OMS recomenda que o percen-

tual não ultrapasse 15%, mas em 2006 o Brasil chegou a 80,5% nos hospitais particulares, segundo estudo encomendado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) às pesquisadoras Claudia Soares Zouain e Jacqueline Alves Torres e apresentado no 19º Congresso Brasileiro de Perinatologia (novembro de 2007), em Fortaleza. “Uma proporção que se configura como grave problema de saúde pública, pois aumenta os riscos da ocorrência de eventos relacionados à morbimortalidade materna e neonatal”, apontou o estudo.

Outro trabalho apresentado, de Clea Rodrigues Leone, da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, indicou que o parto cesárea é mais freqüente em hospitais particulares, em mulheres que fizeram pré-natal, de escolaridade superior a 12 anos, de idade entre 30 e 40 anos e grávidas de gêmeos. “Na maior parte das vezes, não é a mãe que quer uma cesárea eletiva, mas sim o médico que induz a paciente a querer”, afirmou Facchini.

FUNDAÇÃO ESTATAL NO RJ

O governador Sérgio Cabral sancionou a lei que cria as fundações na área da saúde (*O Globo*, 19/12/2007), que permite contratação de pessoal sob o regime da CLT nos hospitais estaduais. As fundações integrarão a administração pública indireta e estarão vinculadas à Secretaria estadual de Saúde e Defesa Civil, compondo a rede do SUS. Os médicos contratados vão ganhar salários diferentes.

Com patrimônio e receitas próprios, afirma o jornal, as entidades terão autonomia gerencial, orçamentária e financeira e estarão sujeitas à fiscalização do sistema de controle interno e do Tribunal de Contas do Estado. As contas serão aprovadas por um conselho fiscal, formado por representantes das secretarias de Saúde, Planejamento e Fazenda. A gestão dos hospitais será transferida às fundações num prazo de seis meses. As primeiras unidades no novo modelo serão o Hemorio, o Hospital Estadual Adão Pereira Nunes e o Hospital Estadual Melchíades Calazans.

EXTINÇÃO DOS FUMÓDROMOS

A Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco pediu mudança na legislação brasileira para

que se eliminem de vez os fumódromos dos locais públicos, atendendo recomendação da Conferência das Partes da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, da ONU (*ComCiência*, 10/12/07). O documento foi assinado pela diretoria da comissão — órgão internacional formado pelos países que ratificaram a Convenção-Quadro da ONU sobre o Tabaco, entre os quais o Brasil — e também por 41 representações de entidades profissionais e científicas. O texto pede que a legislação proíba totalmente o ato de fumar em ambientes fechados, já que a conferência desaconselha “qualquer sistema de ventilação como alternativa”. Essa orientação contesta a Lei 9.294/96, que permite o fumo em áreas destinadas a esse fim desde que isoladas e arejadas.

ESTIMATIVA DE CÂNCER 2008

O Instituto Nacional de Câncer (Inca) apresentou seu estudo bianual *Estimativa 2008 — Incidência do Câncer no Brasil*, que revela: 470 mil novos casos da doença deverão ocorrer no país em 2008 e 2009. O tipo mais incidente será o câncer de pele não-melanoma, com 115.010 casos a cada ano. Em seguida, vêm câncer de próstata (49.530 novos casos), mama (49.400), pulmão (27.270), cólon e reto (26.990), estômago (21.800) e colo do útero (18.680). O anúncio foi feito pelo Inca no 2º Congresso Internacional de Controle de Câncer, em novembro.

“O perfil da doença é semelhante ao observado em outros países”, disse a epidemiologista Marcell Santos, coordenadora do estudo. Entre homens, estima-se que haverá 231.860 novos casos de câncer, sendo os tipos mais incidentes o de pele não-melanoma (59 novos casos a cada 100 mil homens), próstata (52/100.000), pulmão (19/100.000), estômago (15/100.000) e cólon e reto (13/100.000). O número absoluto de casos entre mulheres é similar à incidência esperada entre homens — 234.870, o que representa 50,3% do total de casos em 2008 —, mas com perfil diferente. Esperam-se 51 novos casos de câncer de pele não-melanoma a cada 100 mil mulheres, seguidos pela incidência de câncer de mama (51/100.000), colo do útero (19/100.000), cólon e reto (15/100.000) e pulmão (10/100.000).



Sul e Sudeste apresentam as maiores taxas esperadas de casos novos de câncer, refletindo as heterogeneidades regionais, enquanto a Região Centro-Oeste apresenta padrão intermediário. A Região Norte apresenta as menores taxas.

O perfil do câncer se assemelha ora a países desenvolvidos, ora a países em desenvolvimento. Em 2008, a Região Norte será a única em que o câncer de colo do útero aparecerá no primeiro lugar em incidência entre mulheres, superando o câncer de mama. O Sudeste é a região em que o câncer de cólon e reto aparece como o segundo mais incidente entre mulheres, antes do câncer de colo do útero. No Norte e Nordeste, o câncer de estômago é o segundo com maior incidência entre homens.

SP, RJ, RS, MG, PR e SC terão o maior número absoluto de casos de câncer. O estado de São Paulo e a capital liderarão as estimativas para todos os tipos de câncer. Em termos de risco estimado (taxa bruta, ou seja, número de casos dividido pela população sob risco), contudo, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Santa Catarina, São Paulo e Paraná apresentarão as maiores taxas para homens; para as mulheres, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e Santa Catarina.

As maiores taxas de incidência de câncer: próstata, RS, RJ, PR; mama, RJ, RS, SP; pulmão em homens, RS, SC, RJ; mulheres, RS, RJ e PR.

O Inca destaca as altas taxas observadas no Rio Grande do Sul, tanto para homens quanto para mulheres: quase o dobro do segundo colocado. Íntegra do estudo no site do Inca (www.inca.gov.br/estimativa/2008/)

A (SOMBRIA) ERA DOS ESTERÓIDES

Ciclistas, nadadores, velocistas. Atletas famosos de esportes diversos foram flagrados em testes de doping em 2007. O caso de maior repercussão, o da corredora americana Marion Jones, em outubro, terminou com a devolução de todas as medalhas que a estrela olímpica conquistou a partir de 2000. No Brasil, houve número recorde de flagrantes de doping no ano passado: 26, entre os quais se destacam os da nadadora Rebeca Gusmão, que perdeu suas medalhas do Pan 2007, da jogadora de vôlei Jacqueline e dos craques do futebol Dodô e Romário, todos protagonistas de episódios cercados de maior ou menor escândalo.

Apenas atletismo, futebol, natação, vôlei e ciclismo controlam

o doping continuamente no Brasil. As demais modalidades fazem testes quando há dinheiro do Comitê Olímpico Brasileiro.

Em dezembro veio à tona o maior dos escândalos sobre doping nos EUA. Relatório de 409 páginas da Comissão Mitchell, liderada pelo ex-senador democrata George Mitchell, afirmou que todos os setores do beisebol profissional aceitaram a "cultura do doping" nas décadas de 80 e 90, nas quais "se estendeu o uso de esteróides e outras substâncias proibidas" que melhoram o rendimento esportivo. Nas 30 maiores equipes havia um, dois ou mais jogadores consumindo esteróides: 85 nomes de ídolos do beisebol que se doparam foram revelados, para surpresa dos torcedores, mas não de especialistas que há anos denunciam o problema. As ligas profissionais, que só introduziram testes antidoping em 2000, prometem aceitar as 20 recomendações de Mitchell.

MACONHA É PIOR DO QUE CIGARRO

A estudo canadense: sua fumaça contém mais substâncias tóxicas do que o cigarro, algumas delas carcinogênicas. Os pesquisadores, liderados por David Moir, do Programa de Controle de Tabaco, encontraram na fumaça inalada de maconha uma quantidade de amônia igual à de 20 cigarros. Os níveis de cianeto de hidrogênio e de óxido nítrico, que afetam coração e pulmões, apareceram em concentrações três a cinco vezes superiores.

O estudo foi motivado pelo aumento do número de jovens canadenses entre 15 e 24 anos que fumam maconha diária ou ocasionalmente, enquanto cai o dos que fumam cigarro (*Folha*, 20/12/07).

Isso pode ocorrer porque os malefícios do tabaco – como suas 4 mil substâncias químicas, 50 das quais cancerígenas – são muito mais conhecidos e divulgados. Publicado na revista *Chemical Research Toxicology*, o estudo usou uma espécie de robô-fumante, que inalava a fumaça.

CURSOS DE MEDICINA EM XEQUE

A Comissão de Constituição e Justiça da Câmara aprovou (19/12) o Projeto de Lei 65/03, do deputado Arlindo Chinaglia (PT-SP), que proíbe, pelo prazo de 10 anos, a criação de cursos de Medicina no Brasil e a ampliação de vagas nos cursos existentes. A matéria


tramita em regime de urgência: já foi aprovada nas comissões de Seguridade Social e Família e de Educação e Cultura, mas depende de exame do Plenário. Terá preferência de votação, porém, substitutivo em tramitação na Comissão de Educação, do deputado Átila Lira (PSB-PI), que dificulta a criação de novos cursos, em vez de proibi-los: uma das exigências é que a faculdade tenha hospital próprio ou credenciado para a formação prática dos estudantes, 1/5 do corpo docente em regime de tempo integral e 1/3 com mestrado ou doutorado.

Muitos parlamentares criticaram a proposta de Chinaglia. O deputado Edmar Moreira (DEM-MG) afirmou que o autor do projeto, como médico, é conhecedor do tema e acertou no diagnóstico, ao apontar a proliferação de cursos de Medicina de má qualidade. "Mas a prescrição foi equivocada, pode até matar o paciente", disse. Gerson Peres (PP-PA) afirmou que o projeto prevê "uma proibição brutal, fora do bom senso", porque "o Brasil precisa de médicos".

Paes Landim (PTB-PI), por outro lado, lembrou que o Brasil tem mais faculdades que os EUA. "O projeto é importante, pelo menos por colocar o tema em discussão". Silvinho Peccioli (DEM-SP) alertou que, entre 1994 e 2002, foram criadas 36 novas escolas de Medicina, metade do número dos 180 anos anteriores. "O número existente é mais do que adequado", disse. "Agora temos que trabalhar a qualidade".

MARINA E OS SALVADORES DO PLANETA

Entre os "50 homens e mulheres com poder para nos salvar de nós mesmos" está a ministra Marina Silva, do Meio Ambiente. A lista, preparada por um grupo de especialistas, inclui nomes como os do ex-vice-presidente dos EUA Al Gore e da chanceler alemã Angela Merkel.

Publicada em 5/1 pelo jornal inglês *The Guardian*, a matéria diz que Marina, filha de seringueiro, fez o desmatamento na Amazônia cair 75%. Nossa ministra foi um dos três "salvadores" do planeta com direito a foto na chamada de capa, ao lado da ambientalista queniana Wangari Maathai (Nobel da Paz de 2004) e do ator americano Leonardo DiCaprio. 

SÚMULA é produzida a partir do acompanhamento crítico do que é divulgado na mídia impressa e eletrônica.



toques da redação

DETERMINANTES SOCIAIS — Atenção, gestores, profissionais e pesquisadores da saúde: a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde prepara seu relatório final. Da primeira versão, no momento em debate interno, resultará, até 15 de fevereiro, um novo texto, que de 1º a 20 de março será submetido a discussão pública, para comentários e sugestões dos interessados no tema — que a comissão poderá,

se pertinentes, incorporar ao relatório final. O documento será entregue oficialmente ao ministro Temporão em 7 de abril, Dia Mundial da Saúde, num evento da CNDSS em Porto Alegre. Por sinal, o tema do Dia Mundial da Saúde 2008 é a proteção da saúde dos efeitos adversos das mudanças climáticas.

FRASE DO MÊS — “Vocês estão derubando o céu. Porque as árvores são os braços que sustentam o céu.” *Padre Ângelo Pansa, há 40 anos na Terra do Meio (PA), devastada pelo desmatamento (TV Globo).*

RELATÓRIO ADIADO — Na reunião de 11 de janeiro, o Conselho Nacional de Saúde adiou novamente a divulgação do Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde. Segundo o CNS, estão sendo feitos ajustes, especialmente de ortografia.

FALHAS NOSSAS! — Na edição nº 65, sobre a 13ª, dois erros crassos: 1) Mário Scheffer é jornalista, e não médico; 2) Na legenda “Na aprovação da proposta que condenou a hemofobia, muita alegria no auditório”, o certo — claro! — é “homofobia”.

A NEGLIGÊNCIA CONTINUA — Pouca mudança na lista anual das 10 crises humanitárias mais negligenciadas pela mídia em 2007, divulgada em 27/12 pela organização Médicos Sem Fronteiras (www.msf.org). Os casos de tuberculose e desnutrição aumentam em toda parte; República Centro-Africana (RCA), Sri Lanka e República Democrática do Congo (RDC) continuam devastados pelas guerras, assim como Somália, Colômbia e Chechênia ainda sofrem com os conflitos políticos internos. Em comum, a piora do acesso

aos cuidados de saúde, normalmente já precários. As novidades em relação a 2006 (*Radis* 56): a entrada na lista de Mianmar e Zimbábue e a saída de Haiti e Índia — para efeito da montagem do ranking, não porque as condições humanitárias tenham melhorado.

Após 40 anos de guerra civil, 3,8 milhões de colombianos tiveram que deixar suas casas devido aos confrontos entre guerrilheiros das Farc, milícias paramilitares e exército. A Colômbia ocupa o 3º lugar no ranking dos países com o maior número de deslocados


internos (foto 3), atrás de Sudão e RDC. Na RCA (foto 1), a violência dos combates entre rebeldes e governo deslocou quase 30 mil pessoas. Na Chechênia, que luta contra o controle russo, mães denunciam o seqüestro dos filhos (foto 2). No Zimbábue (foto 4), a luta pela água na capital, Harare. Em Níger (foto 5), mães alimentam os filhos com multimistura num centro de nutrição do MSF em Maradi. Nos campos de refugiados de Mogadíscio, capital da Somália (foto 6), faltam água, comida, remédios. 



FOTO: SPENCER PLATT



FOTO: MISHA GALLUSTOV



FOTO: JUAN CARLOS TOMASI



FOTO: DIRK JAN VISSER



FOTO: JEHAD NGA



FOTO: ANNE YZEBIA

PANORAMA DO ABORTO NO BRASIL

Grave problema de saúde pública e de justiça social

O aborto é amplamente praticado no país por meios inadequados, apesar de proibido por lei — a prática é crime, permitida apenas em caso de violência sexual (estupro) ou risco à vida da mulher, segundo o Artigo 128, incisos I e II do Código Penal. A consequência são quase sempre danos à saúde ou mesmo a morte da mulher. Estimativas de 2005 apontam para a realização de 1.054.243 abortos, números abaixo da realidade devido à subnotificação: as mulheres em situação de aborto incompleto ou complicações decorrentes de aborto sentem-se geralmente constrangidas ou têm medo de declarar o procedimento nos serviços de saúde.

O panorama geral desta prática é retratado na pesquisa "Abortamento, um grave problema de saúde pública e de justiça social", dos pesquisadores Leila Adesse, mestre em Saúde da Mulher e da Criança (IFF/Fiocruz) e diretora do

Ipas Brasil (organização não-governamental de proteção à saúde das mulheres), Mário Francisco Giani Monteiro, PhD em Demografia Médica pela London School of Hygiene and Tropical Medicine e professor do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), e Jacques Levin, analista de sistema do Datasus e doutorando em Saúde Coletiva do IMS. A pesquisa, financiada pela área técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, terá seu relatório final divulgado neste primeiro semestre de 2008. Como contribuição ao debate, esta edição da *Radis* antecipa os dados, traz a síntese do trabalho, a análise dos dados feitas pelos próprios pesquisadores e os números em tabelas e gráficos. Vale ressaltar que neste ano o Dia Internacional da Mulher, comemorado em 8 de março, será dedicado ao tema aborto.

A seguir, o estudo.

Leila Adesse, Mário F. G. Monteiro
e Jacques Levin

O abortamento representa um grave problema de saúde pública e de justiça social em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, de grande amplitude e com complexa cadeia de

aspectos que envolvem questões legais, econômicas, sociais e psicológicas. Um reflexo disso é que, enquanto o número de abortos inseguros na Europa Ocidental é muito baixo, na América do Sul esta estimativa chega a três milhões (Cook, Dickens & Fathalla, 2004).

Grande parte dos sistemas de saúde nos países em desenvolvimento, independentemente de sua política

em relação ao aborto inseguro, não planeja sistematicamente nem fornece atenção médica de emergência de maneira eficaz a mulheres que sofrem de complicações relacionadas ao aborto. Como resultado, o tratamento frequentemente é postergado e ineficaz, com graves consequências e riscos à saúde da mulher (JHU, Population Information Program, 1997).





O documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Plano de Ação 2004-2007”, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do Ministério da Saúde, cujo objetivo específico é promover a atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras para mulheres e adolescentes, mostra preocupação e reconhece a gravidade dos riscos associados ao abortamento (Ministério da Saúde, 2004).

O abortamento inseguro cria um ambiente ameaçador, de violência psicológica e de culpabilidade que leva muitas mulheres a apresentarem sintomas de depressão, ansiedade, insônia e arrependimento da escolha realizada. O problema da gravidez não desejada deve ser enfrentado a partir de políticas públicas que reconheçam os direitos humanos reprodutivos das mulheres, que incluam os homens nessas políticas e criem nos municípios brasileiros com ações de saúde a cultura de ações de educação sexual e de atenção à anticoncepção (Araújo e Viola, 2005).

Estudos e pesquisas dessa temática realizados no Brasil apontam, principalmente, para estimativas que se baseiam nos dados de internação no SUS, que incluem atenção pós-abortamento, aborto previsto em lei, abortos espontâneos, entre outros, ficando de fora os realizados em clínicas privadas e com outros procedimentos não-registrados pelo Sistema Único de Saúde. A prática do aborto inseguro, especialmente, evidencia as diferenças socioeconômicas, culturais e regionais diante da mesma ilegalidade do aborto. Mulheres com

Consideramos abortamento inseguro o procedimento para interromper a gestação não desejada realizado por pessoas sem as habilidades necessárias ou em um ambiente que não cumpre com os mínimos requisitos médicos, ou ambas as condições.

mais condições financeiras, geralmente nos grandes centros urbanos, têm acesso a métodos e clínicas de abortamento ilegais de maior higiene e cuidado. Já as mulheres mais carentes – a grande maioria da população feminina brasileira – recorrem aos métodos mais perigosos, com pouca precaução, resultando em alto índice de agravos à saúde. Tal fato é demonstrado pelo número de internações no Sistema Único de Saúde para procedimentos cirúrgicos pós-abortamento.

Os pesquisadores Singh e Wulf, em seu trabalho sobre a prática do aborto em seis países da América Latina (Brasil, Colômbia, Chile, República Dominicana, México e Peru), relacionam algumas destas práticas de maior risco: trauma voluntário (quedas, socos, atividades físicas excessivas etc.), substâncias cáusticas inseridas na vagina (cloro, cal, sais de potássio), objetos inseridos no útero (cateter, objetos pontiagudos como arame, agulhas de tecer, cabides), entre outras práticas (Singh e Wulf, 1994).

A tipificação do aborto como delito não desestimula a mulher de se submeter ao aborto. Pelo contrário, incentiva as práticas de risco, como declarou o Comitê sobre a Eliminação da Discriminação contra a Mulher das Nações Unidas, o Comitê CEDAW (ver em *Observações Finais do Comitê CEDAW*: Peru, 8/7/1998, Doc.U.N.CEDAW/C/1998/II/L.1/Add.7, parágrafo 6).

O Comitê de Direitos Humanos das Nações Unidas (CDH) estabeleceu que o respeito ao direito à vida das mulheres inclui o dever dos Estados de adotarem medidas para evitar que elas recorram a abortamentos inseguros e clandestinos que ponham em risco sua vida e sua saúde, especialmente quando se tratar de mulheres pobres e afrodescendentes (CDH, *Observação Geral nº 28*, parágrafo 10).

Segundo Alaerte Martins, as mulheres pretas reúnem piores condições de vida, de acesso aos serviços de saúde, como também têm pior

qualidade de atenção nos períodos gravídico e puerperal (Martins, 2001). No entanto, apesar de sua importância e dos riscos à saúde da mulher que estão associados a algumas práticas de indução do aborto, os estudos sobre a magnitude do aborto têm sido obstaculizados por preconceitos políticos, religiosos e jurídicos em relação ao aborto, que certamente não contribuem para melhorar a atenção médico-hospitalar necessária à população feminina, além de dificultar o conhecimento do problema.

Em 1991, as estimativas do número de abortos no Brasil variavam entre 300 mil e 3,3 milhões de abortos ilegais feitos a cada ano (Fonseca et al, 1996; Singh & Wulf, 1991). Em 1994, o Alan Guttmacher Institute publicou os resultados de uma investigação sobre aborto inseguro na América Latina, incluindo o Brasil, estimando para 1991 um total de 1.443.350 abortamentos inseguros no país, e uma taxa anual de 3,65 abortamentos por 100 mulheres de 15 a 49 anos. A repercussão nacional e internacional da investigação sobre aborto inseguro na América Latina foi tão grande que recolocou esta discussão em pauta e hoje é difícil um estudo sobre aborto inseguro que não o referencie.

A primeira etapa para o desenvolvimento de programas de apoio a grupos mais vulneráveis é o aumento da compreensão da magnitude e das dimensões do problema, incluindo um reconhecimento maior das causas que determinam suas condições sociais e de saúde, e demais conseqüências do pertencimento a um destes grupos, além de um entendimento maior de como as políticas públicas podem afetá-los (Cohen, 2001).

Pensando assim, o Ipas Brasil e o IMS/Uerj delinearão esse estudo sobre a magnitude do abortamento no Brasil, produzindo fundamentação teórica e empírica a fim de contribuir para o desenho e a implementação de políticas públicas eficazes. A dimensão crítica do abortamento é notória, justificando

a relevância de informações consistentes para que gestores e profissionais da área da saúde possam prestar atenção técnica adequada, segura e humanizada às mulheres em situação de abortamento e incentivar o uso de alternativas contraceptivas, evitando o recurso a abortos repetidos.

É fundamental para a formulação e a implementação de políticas públicas, o aprofundamento da problemática do abortamento de forma a criar-se um ambiente favorável para a atenção ao abortamento, diminuindo seu estigma e estimulando os profissionais, independentemente de seus preceitos morais e religiosos, a preservarem uma postura ética, garantindo o respeito aos direitos humanos das mulheres.

METODOLOGIA DE CONSTRUÇÃO DAS ESTIMATIVAS

1) Estimativas do número de abortos inseguros:

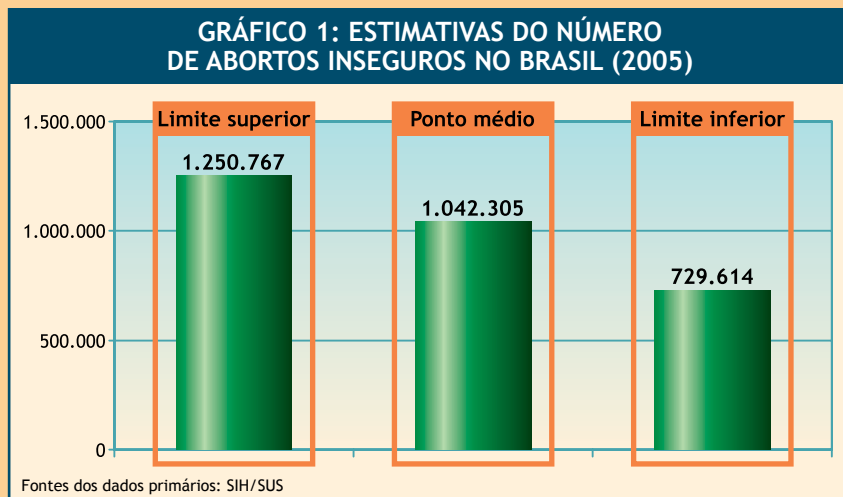
As estimativas por intervalo são baseadas na proporção de abortamentos que necessitam de internação, segundo três hipóteses: uma internação para cinco abortamentos (valor médio); uma internação para seis abortamentos (limite superior do intervalo); e uma internação para 3,5 abortamentos (limite inferior do intervalo).

Foi utilizado como fator de correção um sub-registro de 12,5% (abortamentos realizados fora do SUS) e descontada uma proporção de 25% de abortos espontâneos.

Assim, a estimativa por intervalo foi obtida aplicando-se as seguintes equações:

a) Ponto médio das estimativas do número de abortos inseguros = número de internações por abortamento x 5 x 1,125 x 0,75 (Metodologia do Instituto Allan Guttmacher);

b) Limite superior das estimativas do número de abortos inseguros = número de internações por abortamento x 6 x 1,125 x 0,75 (Levando-se em



conta a possibilidade de que o uso de misoprostol tenha reduzido a necessidade de internações em consequência de abortamento);

c) Limite inferior das estimativas do número de abortos inseguros = número de internações por abortamento x 3,5 x 1,125 x 0,75 (hipótese proposta no trabalho de Corrêa e Freitas, 1997).

2) Estimativa da razão de abortos inseguros por 100 nascimentos vivos (R/100):

Serve para padronizar a incidência de abortamentos em função da natalidade total (não a taxa bruta de natalidade), tendo em conta que em lugares onde o número de nascidos vivos é maior pode-se esperar um número maior de abortamentos. Assim, podemos comparar o risco de abortamentos em municípios menores (Aracaju, por exemplo) com municípios maiores (como São Paulo):

$R/100 = \text{Estimativa do número de abortos inseguros} / \text{pelo número de nascimentos vivos} \times 100$

3) Estimativa das taxas anuais de aborto inseguro por 1.000 mulheres

de 10 a 49 anos por Unidade da Federação (TAI/1000):

$TAI/1000 = \text{estimativa do número de abortos inseguros no grupo etário} / \text{pelo número de mulheres no grupo etário} \times 1000$

4) Estimativas dos riscos relativos (RR) de mortalidade materna comparando pretas/brancas ou mulheres com menos de 4 anos de estudo/mulheres com 8 ou mais anos de estudo:

Serve para estimar o risco relativo adicional entre duas populações submetidas a condições diferentes. Neste caso, compara o risco de mortalidade materna da população preta com o risco da população branca, cujo risco referente é igual a 1 e, no caso de níveis de escolaridade, o grupo referente é o de mulheres com 8 ou mais anos de estudo.

$RR = \text{taxa de mortalidade materna específica segundo a causa para as mulheres pretas} / \text{taxa de mortalidade materna específica segundo a causa para as mulheres brancas}$ ou $\text{taxa de mortalidade materna específica segundo a causa para as mulheres com menos de 4 anos de estudo} / \text{taxa de mortalidade materna específica}$





segundo a causa para as mulheres com 8 ou mais anos de estudo. Devemos lembrar ainda que, segundo Laurenti e Gotlieb, a mortalidade materna está subestimada em cerca de 40% (Laurenti e Gotlieb, 2004).

RESULTADOS

Apresentamos a seguir alguns resultados da pesquisa "Magnitude do aborto no Brasil", realizada pelo Ipas Brasil com o Instituto de Medicina Social da Uerj, com apoio da Área Técnica de Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde.

1) Estimativas do número de abortos inseguros de 1992 a 2005:

Diante das dificuldades de registrar o número de abortamentos, é necessário realizar estimativas a partir das internações por abortamento registradas no Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Estas internações foram desagregadas por grandes regiões do Brasil e faixa etária. A população residente e o número de mulheres de 15 a 49 anos também foram obtidos no sítio do DataSUS (www.datasus.gov.br) e o número de nascidos vivos foi estimado com as taxas anuais de natalidade divulgadas pelo IBGE.

Apenas para 2005 o número de abortos inseguros foi estimado por intervalo, a partir de três hipóteses (ver gráfico 1):

a) Aceitando-se a hipótese proposta na investigação do Alan Guttmacher Institute (Alan Guttmacher Institute, 1994) de que no Brasil 20% das mulheres que sofreram um abortamento tiveram que ser hospitalizadas em consequência de complicações, multiplicamos por cinco o número de internações por abortamento registradas no SIH-SUS;

b) Consideramos também a hipótese de que cada internação seria resultante de 3,5 abortamentos (Corrêa e Freitas, 1997);

c) Considerando que pode ter havido um aumento na utilização de misoprostol [*cujo nome fantasia é Cytotec*] na indução do aborto, o que reduziria a frequência de complicações, necessitando um número menor de internações, assumimos também a hipótese de que para 6 abortamentos seria necessária uma internação, aumentando a estimativa do número de abortamentos inseguros.

Com essas três hipóteses podemos gerar estimativas por intervalo, com um ponto médio gerado a partir da relação de cinco abortamentos por internação, um limite superior estimado pela relação de seis abortamentos por internação e um limite inferior estimado pela relação de 3,5 abortamentos por internação. Foi também utilizado como fator de correção um sub-registro de 12,5% e descontada uma proporção de 25% de abortos espontâneos (Alan Guttmacher Institute, 1994). Assim, o resultado estaria entre 729 mil e 1,25 milhão de abortamentos.

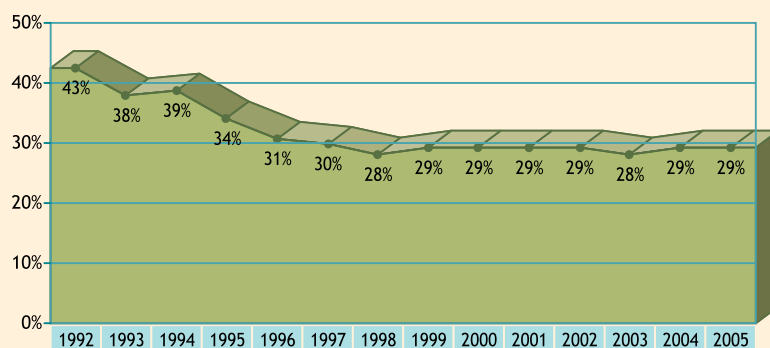
Por ser uma metodologia amplamente utilizada e para podermos realizar comparações internacionais, os demais indicadores serão construídos com o método de estimativas de aborto inseguro desenvolvido pelo Instituto Alan Guttmacher e aplicado para o Brasil em 1994 (Instituto Alan Guttmacher, 1994).

2) Estimativa da razão de abortos inseguros por 100 nascimentos vivos (ver gráfico 2):

Fontes dos dados primários: o número de abortos inseguros foi estimado a partir das internações por aborto registradas pelo Ministério da Saúde/Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e o número de nascimentos foi estimado pela Taxa Bruta de Natalidade divulgada pelo IBGE.

Quando comparamos o número de abortos inseguros com o número de nascimentos vivos, podemos ter uma idéia da alta proporção de abortos realizados no Brasil. O número estimado de abortos

GRÁFICO 2: ESTIMATIVAS DA RAZÃO DE ABORTOS INSEGUROS POR 100 NASCIMENTOS VIVOS (1992-2005)



Fontes dos dados primários: o número de abortos inseguros foi estimado a partir das internações por aborto registradas pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS); o número de nascimentos foi estimado pela Taxa Bruta de Natalidade (IBGE).

inseguros, em 1992, era equivalente a 43% dos nascimentos vivos, mostrando que uma elevada proporção das gestações não foi desejada, levando as mulheres a recorrer ao abortamento. Esta proporção cai para 31% em 1996, mas apesar de terem diminuído na década de 1990, correspondem a cerca de 30% em relação aos nascimentos em 2005. Isto consolida também a idéia de que a anticoncepção no Brasil ainda não atingiu cobertura suficiente para evitar a elevada proporção de gravidez indesejada.

3) Distribuição espacial das taxas anuais de aborto inseguro por 1.000 mulheres de 10 a 49 anos (ver mapa de Brasil):

A distribuição dos riscos de abortamento inseguro por unidades da Federação mostra uma desigualdade marcante, com uma linha de clivagem

quase perfeita, onde os estados das regiões Sudeste (menos Rio de Janeiro), Sul e Centro-Oeste (menos o Distrito Federal) têm apresentado taxas inferiores a 20,4 abortamentos/1.000 mulheres de 10 a 49 anos. Nos estados do Norte (menos Rondônia), Nordeste (menos Maranhão, Rio Grande do Norte e Paraíba), Rio de Janeiro e Distrito Federal estas taxas são maiores que 21,1/1.000 e chegam a mais de 40 abortamentos/1.000 mulheres de 10 a 49 anos nos estados do Acre e Amapá.

4) Riscos relativos de mortalidade materna por etnia (ver gráfico 3):

As estimativas de riscos relativos para estas causas específicas, comparando mulheres pretas com mulheres brancas, mostram bem o risco adicional a que estão submetidas as mulheres pretas em todas as causas específicas


de mortalidade materna, com destaque para "Gravidez que termina em aborto" (3 vezes mais) e para o grupo "Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério" (2,9 vezes mais), com aproximadamente o triplo de risco relativo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

A cobertura insuficiente de medidas anticoncepcionais resulta em gravidezes indesejadas, levando mais de um milhão de mulheres por ano a se envolver em situação de abortamento inseguro no Brasil, com complicações graves como hemorragias, infecções, perfuração uterina, esterilidade e muitas vezes terminando em morte materna.

Do ponto de vista da saúde pública e da justiça social, fica claro que a criminalização do abortamento não só dificulta o conhecimento do problema, como aumenta os riscos do abortamento inseguro, penalizando mais severamente a população tornada mais vulnerável por viver em regiões menos desenvolvidas ou por pertencer a grupos populacionais submetidos a condições socioeconômicas desfavoráveis, como a população de mulheres negras.

A penalização, a estigmatização e o preconceito contra essas mulheres em situação de abortamento inseguro não ajudam a minimizar o problema nem a diminuir as graves conseqüências para a saúde da população feminina; esta população precisa de apoio, atenção, cuidados médicos e de uma cobertura mais eficiente dos métodos anticoncepcionais.

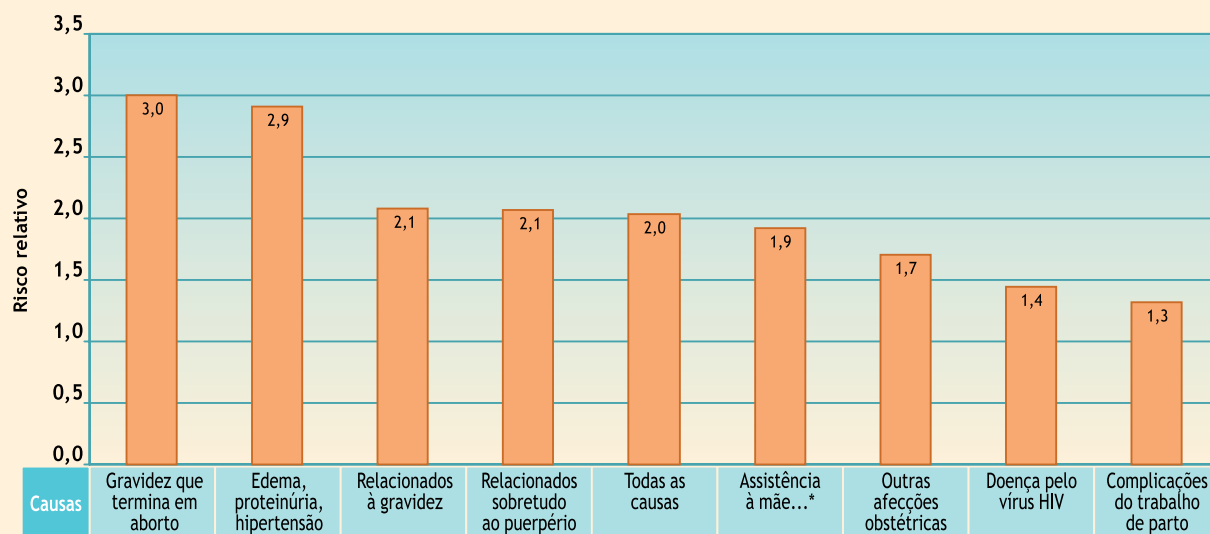
Recomenda-se a busca de soluções eficazes no âmbito da saúde pública, sem interferência de dogmas religiosos, como atribuição do Estado laico e democrático. Ainda temos longo caminho para conhecer melhor a magnitude do aborto inseguro no Brasil e suas conseqüências, fazendo-se necessária a continuação destes estudos, seminários e debates com pesquisadores, defensores dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres, integrantes do Executivo, Legislativo e Judiciário sobre a necessária mudança da lei sobre o aborto para retirar o tema da esfera penal. 

MAPA DAS TAXAS ANUAIS DE ABORTO INSEGURO POR 1.000 MULHERES DE 10 A 49 ANOS POR UNIDADE DA FEDERAÇÃO (2005)





GRÁFICO 3: RISCOS RELATIVOS DE MORTALIDADE MATERNA COMPARANDO PRETAS E BRANCAS (2002-2004)



Fontes dos dados primários: SIH/SUS

* Assistência à mãe por problemas ligados ao feto e à cavidade amniótica

Referências bibliográficas

♦ Alan Guttmacher Institute, *Clandestine Abortions: A Latin American Reality*. New York, 1994.

♦ Araújo, Maria José de Oliveira, e Viola, Regina Coeli. O impacto da gravidez não desejada na saúde da mulher. In: Pitanguy, Jacqueline; Mota, Adriana. *Os novos desafios da responsabilidade política*. Rio de Janeiro, Cepia, 2005, cap. 4, p. 101-138.

♦ Cohen, B. Outlines of section 48 – Vulnerable populations. In: XXIV General Population Conference, 2001, Salvador. *Proceedings of the XXIV General Population Conference*. Paris: International Union for the Scientific Study of Population, 2001. Disponível no site <http://www.iussp.org/Brazil2001/Outlines/S48.htm> (Acesso em 30 outubro 2007).

♦ Corrêa, Sonia, e Freitas, Angela. *Atualizando os dados sobre a interrupção voluntária da gravidez no Brasil*. *Revista Estudos Feministas*, vol. 5 nº 2. Rio de Janeiro, 1997.

♦ Cook, Rebecca, Bernard, Dickens, e Fathalla, Mahmoud. *Saúde Reprodutiva e Direitos Humanos: integrando medicina, ética*

e direito. Tradução de Romani & Perrone. Rio de Janeiro, Cepia, 2004.

♦ Fonseca, Walter et al. *Determinantes do aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidade da Região Nordeste do Brasil*. *Revista de Saúde Pública*, v. 30, nº 1, São Paulo, fevereiro, 1996.

♦ IBGE. Diretoria de Pesquisas. *Coordenação de População e Indicadores Sociais. Síntese de Indicadores Sociais 2005*. Série Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, nº 17. Rio de Janeiro, 2006.

♦ JHU (Johns Hopkins University). Population Information Program. *O planejamento da atenção médica para salvar a vida da mulher*. Population Reports, Série L, nº 10, p. 7-11, 1997.

♦ Laurenti, Rui, e Gotlieb, Sabina. *A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste*. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 7, nº 4, 2004.

♦ Martins, Alaerte L. *Maior risco para mulheres negras no Brasil*. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, nº 23, março, 2001.

♦ Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Plano*

de Ação 2004-2007. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do Ministério da Saúde, Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF, 2004.

♦ Ministério da Saúde. Norma Técnica de Atenções Humanizadas ao Abortamento, 2004.

♦ Simões, Celso C. S. *A transição da fecundidade no Brasil: análise de seus determinantes e as novas questões demográficas*. São Paulo, Arbeit Factory Editora e Comunicação, 2006.

♦ Singh, Susheela, e Monteiro, Mário F. G. Levels of childbearing, contraception, and abortion in Brazil: differentials by poverty status. In: García, Brígida (org.). *Women, poverty, and demographic change*. Oxford University Press, v. 1, p. 113-142, 2000.

♦ Singh, Susheela, e Wulf, Deirdre. *Estimating abortions levels in Brazil, Colombia and Peru, using hospitals admissions and fertility survey data*. *International Family Planning Perspectives*, nº 17, v. 1, p. 8-13, 1991.

♦ Singh, Susheela, e Wulf, Deirdre. *Estimated Levels of Induced Abortion in Six Latin American Countries*. *International Family Planning Perspectives*, nº 20, p. 4-13, 1994.

FEBRE AMARELA

Um fenômeno (clássico) de imprensa



Bruno Dominguez

Onde quer que esteja, Oswaldo Cruz deve andar confuso: 104 anos depois da Revolta da Vacina, quando os cariocas rejeitaram em massa as draconianas medidas de combate à varíola, a população brasileira acorre em peso aos postos de saúde para se vacinar contra a febre amarela — doença cuja forma urbana não faz vítimas desde 1942, demonstrando pânico antes mesmo de confirmada a causa da primeira morte. Em 23 de janeiro, com nove óbitos registrados da forma silvestre, o medo era geral.

Em 1850, por exemplo, a febre amarela infectou 90.658 dos então 266 mil habitantes do Rio de Janeiro, causando 4.160 mortes, pelos dados oficiais, ou 15 mil, pelos oficiosos (CSS/Fiocruz).

Neste 2008, os especialistas insistem: não se trata de epidemia, nem sequer de surto. Inutilmente. À uma da tarde de 16 de janeiro, 450 pessoas estavam na fila do Posto de Saúde Píndaro de Carvalho Rodrigues, na Gávea, Zona Sul do Rio, para tomar vacina contra a febre amarela. Uma psicóloga de 35 anos, senha nº 315, queria se vacinar por recomendação da... agente de viagem, que lhe vendera bilhetes para a Europa. “Ela disse que alguns países já estão pedindo atestado aos brasileiros”, contou. “E minha mãe ouviu isso na TV”.

O que a TV divulgara, na verdade, é que as embaixadas de EUA, Paraguai, Uruguai, Argentina e Filipinas estavam recomendando a seus turistas que se vacinassem antes de embarcar para o Brasil. Recomendação corriqueira, inclusive do nosso governo, que por sua vez exige vacinação prévia dos brasileiros

que viajam para a África (a doença é endêmica em 34 nações do continente) e a América do Sul, que registra ocorrências em mais seis países (Bolívia, Colômbia, Equador, Guiana Francesa, Peru e Venezuela). Áreas de risco conhecidas para a febre amarela — por suas florestas, seus primatas, seus vírus. A Anvisa orienta os viajantes e a OMS divulga rotineiramente a lista de países que exigem vacinação (ver links no pé desta matéria): na Europa, só Portugal.

Mas 31 pessoas foram internadas em janeiro com sintomas de “overdose”: tomaram a vacina duas e até três vezes. Goiás estima que vacinou duas vezes 975 mil pessoas. O Ministério da Saúde enviou em dezembro 300 mil doses à Região Centro-Oeste assim que soube da morte de macacos com sintomas da doença em Goiás e no Distrito Federal. Pânico disseminado, mais de 3 milhões de doses tinham sido distribuídas até 16/1; no dia 19, já eram 7 milhões. O Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Biomanguinhos/Fiocruz) aumentou em 100% a produção, para atingir 30 milhões de doses por ano.

A corrida aos postos levou o ministro José Gomes Temporão a se pronunciar em cadeia nacional no domingo 13/1. “Não existe risco de epidemia”, assegurou. E descartou a volta da forma urbana da doença: “Os casos registrados desde 1942 foram de febre amarela silvestre, ou seja, de pessoas que contraíram a doença nas florestas”. Inclusive os atuais: todas as vítimas haviam estado em áreas rurais de regiões de risco.

O ministro aproveitou para reforçar: vacina é para quem mora nas áreas endêmicas ou vai visitá-las — regiões Norte e Centro-Oeste, Maranhão, Minas Gerais, oeste dos estados de Piauí, São Paulo, Paraná e Santa Catarina, sul da Bahia e do Espírito Santo. Passados 10 dias da aplicação, a pessoa fica protegida por 10 anos. Vale lembrar que a vacina é contra-indicada para grávidas, pessoas com o sistema

O que é a febre amarela

A febre amarela é uma doença infecciosa aguda, de curta duração (no máximo, 10 dias). É causada por um arbovírus pertencente ao gênero *Flavivirus*, família *Flaviviridae*, transmitido por mosquitos. Tem dois ciclos epidemiológicos distintos: silvestre e urbano. A transmissão não se dá diretamente de uma pessoa a outra: os transmissores são mosquitos silvestres dos gêneros *Haemagogus* e *Sabethes*. Os mosquitos são considerados reservatórios porque, uma vez infectados, garantem a circulação do vírus enquanto viverem.

A forma silvestre não é erradicável por sua circulação natural entre primatas das florestas. A forma urbana, cujo último registro no Brasil data de 1942, só aparece se, ao voltar à cidade, um infectado na área rural servir de fonte de infecção, sendo picado pelo *Aedes aegypti* (que também transmite a dengue) e este retransmitir a doença picando outras pessoas. Estatisticamente, este risco seria mínimo. Segundo Fernando Verani (Ensp/Fiocruz), seriam necessários muitos pacientes

infectados com o vírus, uma densidade de mosquitos muito alta e uma cobertura vacinal muito baixa.

A silvestre é contraída quando uma pessoa não-vacinada ou vacinada antes de 1999 é picada pelo transmissor em áreas rurais – o caso das vítimas de 2008: o Ministério da Saúde rastreou os casos e todos haviam estado no interior do DF, de Goiás e de Mato Grosso do Sul.

A doença tem caráter sazonal, ocorrendo com maior frequência entre janeiro e abril, quando fatores ambientais propiciam o aumento da densidade vetorial. No Brasil, de 1996 a 2006 ocorreram 343 casos, com 158 óbitos. O maior número de registros (98) foi em Minas Gerais (28,6%); em seguida, Pará (68), com 20%, e Amazonas (38), com 10,5%.

Os principais sintomas: febre alta, mal-estar, calafrios e dor de cabeça, que normalmente aparecem entre o terceiro e o sexto dia após a picada. O paciente deve ser hospitalizado e permanecer em repouso, com reposição de líquidos e das perdas

sanguíneas, se indicado. Cerca de 85% dos infectados se recuperam completamente. Os outros 15% apresentam sintomas graves, como dor abdominal, diarreia, vômito, icterícia (olhos amarelados) e hemorragia, e o risco de óbito é de 50%. O funcionamento do fígado ou dos rins fica prejudicado, podendo levar ao coma.

A vacina foi desenvolvida em 1930 pelo sanitista e microbiologista Max Theiler (1899-1972), sul-africano de Pretória. Aprovada em 1940, rendeu-lhe o Prêmio Nobel de Fisiologia ou Medicina de 1951.

Mais informações

"Hotsite" da febre amarela

<http://bvsm.sau.gov.br/bvs/febreamarela/index.php>

Glossário de doenças do Ministério da Saúde

http://portal.sau.gov.br/portal/sau/visualizar_texto.cfm?idtxt=26916

Glossário de doenças da Fiocruz

www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=27&sid=6

imunológico debilitado ou alérgicas a gema de ovo e gelatina.

MÍDIA ALARMISTA

Para o infectologista José Cerbino, do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (Ipec/Fiocruz), o número de casos não justifica todo esse medo. "Não houve mudança epidemiológica significativa, nem sinal de humanização da doença ou expansão da área de risco", afirmou à *Radis*. Especialista em vacinas, ele lamentou que a imprensa tenha se preocupado mais em "criar pânico" do que em informar condutas corretas.

O próprio Cerbino foi vítima desse tom alarmista. O *Jornal do Brasil* (9/1) publicou a seguinte manchete: "Fiocruz sugere vacinação em massa". No texto, entretanto, ninguém recomendava que toda a população se vacinasse. "Eu não disse aquilo em nenhum momento", contou. "Não há necessidade de imunizar quem não mora nas áreas de risco e não vai viajar para lá".

Questionado por um repórter da *Folha* sobre se há surto de febre amarela (14/1), o médico Drauzio Varella foi enfático: "O que acontece é um fenômeno de imprensa e isso é clássico na história". Um dia após ouvir Drauzio e outros especialistas independentes do governo,

a *Folha* publicou editorial – "Não-epidemia" – condenando a imprensa. Há "boa dose de exagero na epidemia" num episódio de "manifestação de temor coletivo magnificada pela mídia".

"O teor técnico com que o Ministério da Saúde tem lidado com o episódio é suficientemente esclarecedor para a mídia e para a sociedade", afirmou ao *Informe Ensp* o pesquisador Fernando Verani, do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde da Ensp/Fiocruz. "É a politização do episódio, repetindo uma prática que vem ocorrendo ao longo dos anos, que tende a dar um caráter de descontrole às ações de governo na saúde e acaba confundindo a sociedade e gerando pânico injustificável".

O boletim da Secretaria de Vigilância em Saúde do ministério

informou, no dia 23 de janeiro, que dos 40 casos suspeitos notificados pelas secretarias de Saúde, 15 foram descartados e 18 confirmados, com nove mortes e nove casos de recuperação. F

Mais informações

Atendimento ao cidadão

Tel. (0800) 61-1997 ou (61) 3315-2425

Orientação ao Viajante • Anvisa

www.anvisa.gov.br/paf/viajantes/index.htm

Lista de países que exigem atestado de vacina • OMS (em inglês)

http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_11_eng.pdf

Radis adverte

24 de março
Dia Mundial da
Tuberculose

Prepare suas ações!



SERVIÇO

EVENTOS

2º FÓRUM INTERNACIONAL DE SAÚDE MENTAL E DIREITOS HUMANOS



Organizado pelo Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, a segunda edição do evento terá o Brasil como sede por sua tradição nas lutas pelos direitos humanos e pela força de iniciativas como o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial. O objetivo do encontro é potencializar a transformação, a criação e a crítica nos campos da saúde mental e dos direitos humanos. O fórum será composto por mesas-redondas que reunirão representantes de movimentos e entidades ligadas aos dois campos de interesse.

Data 22 a 29 de maio
Local Uerj, Rio de Janeiro, RJ
Mais informações
Tel. (21) 2260-5999
E-mail smdh@fiocruz.br

20º CONGRESSO BRASILEIRO DE NUTRIÇÃO



A 20ª edição do congresso comemora 50 anos da trajetória política e do crescimento científico da nutrição. O evento tem como objetivo democratizar o saber e estimular a interdisciplinaridade, criando espaço para troca de experiências nas variadas áreas de atuação do nutricionista e de outros campos do conhecimento.

Data 25 a 28 de maio
Local Centro de Convenções Rio Cidade Nova, Rio de Janeiro, RJ
Mais informações
Tel. (21) 3326-3919
Fax (21) 2437-8996
E-mail conbran@interevent.com.br
Site www.interevent.com.br/sistema/default.asp?evento=36

INTERNET

TV DIGITAL

O Laboratório de Jornalismo da Unicamp, que já publica a revista *ComCiência*, lançou a revista *Inovação*, que em sua reportagem de capa trata da TV digital e de seus desafios. Outros assuntos abordados: o crescimento do setor de tintas e a preocupação com a questão ambiental; a indústria automobilística busca sair da lista dos vilões ambientais; a quebra de paradigmas tecnológicos com o trem de levitação; a neurociência e a alta tecnologia em imagem para melhora do diagnóstico clínico; a automação bancária e as inovações tecnológicas que dão mobilidade e segurança ao cliente; e um projeto de rádio paulistana que tornou possível a criação de 16 postos de entrega voluntária de lixo para reciclagem.

Site www.revistainovacao.uniemp.br

CONJUNTURA DA POLÍTICA DE SAÚDE

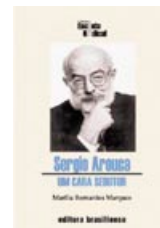
O Observatório de Conjuntura da Política de Saúde, da Ensp/Fiocruz, lançou sua página na internet. No site, boletins mensais produzidos pelos grupos responsáveis pelo acompanhamento do Legislativo federal, do Conselho Nacional de Saúde e da Comissão Intergestores Tripartite. Entre os atores em exame estão também o Ministério da Saúde e o movimento médico. A página traz análises de notícias da área da saúde publicadas pela imprensa e os debates nas reuniões mensais de

conjuntura, assim como dos encontros mais amplos, quadrimestrais.
Site www.ensp.fiocruz.br/conjuntura


PUBLICAÇÕES

VIDA DE SANITARISTA

Sergio Arouca: um cara sedutor, da pesquisadora Marília Bernardes Marques, é o mais recente livro sobre esse sanitarista histórico, um dos fundadores do chamado "partido sanitário", presidente da Fiocruz entre 1985 e 1989. O livro é fruto de 40 anos de amizade entre a autora e seu biografado. A obra faz parte da coleção Encanto Radical, da Editora Brasiliense.



SAÚDE DA CRIANÇA

Saúde da Criança: para entender o normal (Editora Universitária UFPE), organizado por Marília Lima, Maria Eugênia Motta e Gisélia Alves, surgiu da necessidade de docentes do curso de medicina da Universidade Federal de Pernambuco em dispor de um texto focado nas questões relacionadas à saúde da criança. O livro traz a percepção compartilhada por profissionais oriundos de diversas áreas disciplinares de que é preciso entender o normal antes de iniciar o aprendizado do patológico. 



ENDEREÇOS

Editora Universitária UFPE
Av. Acadêmio Hélio Ramos,
20, Cidade Universitária
Pernambuco – CEP 50740-530
Tel. (81) 2126-8930 ♦ livraria /
(81) 2126-8397 / 8386 ♦ secretaria
Fax (81) 2126 8395
E-mails edufpe@nlink.com.br
/ editora@ufpe.br
Site www.ufpe.br/editora

Editora Brasiliense
Rua Airi, 22 ♦ Tatuapé, São Paulo
CEP 03310-010
Tel./Fax (11) 6198-1488
E-mail brasilienseedit@uol.com.br
Site www.editorabrasiliense.com.br
Livraria ♦ Av. Azevedo, 484
Tatuapé, São Paulo – CEP 03308-000
Tel./Fax (11) 6197-0054



Sicko 2: a destruição do Serviço Nacional de Saúde britânico

John Pilger*

Deitado numa cama de hospital, cumpridos, e bem, todos os procedimentos, com uma xícara de chá acompanhando agradavelmente a última dose de morfina, assistimos ao que há de melhor. Por melhor quero dizer um vislumbre da sociedade sem os dogmáticos histriões da mídia e da política determinados a mudar a forma como pensamos. Isso é o que há de pior. De melhor, recordo a inesquecível manifestação dos mineiros de Murton, condado de Durham [Inglaterra, 1990, resistência às medidas neoliberais do governo Thatcher] surgindo em meio ao nevoeiro em fria manhã de março, as mulheres à frente, voltando à mina. Não importa que tenham sido derrotados por forças superiores, eles eram os melhores.

Numa cama de hospital, provavelmente o melhor é mais corriqueiro, pessoas trabalhando rotineiramente, escutando, respondendo, tranquilizando. Seu vocabulário não é o empresarial. Sua "produtividade" não é artifício para o lucro. Seu compromisso não tem meta, sua camaradagem é como uma presença; e você passa a fazer parte dela. O denominador comum são a humanidade e a preocupação. Que exótico isto soa. Ligamos a televisão do hospital e vemos outro mundo bizarro de "notícias", idiotas famosos tecendo a destruição final da sociedade.

Lá está o louco do Blair [Tony Blair, ex-primeiro-ministro] pedindo um ataque ao Irã e o secretário da Educação, Ed Balls, vendendo seus diplomas falsos, e o primeiro-ministro, Gordon Brown, que acabou de receber Rupert Murdoch [magnata conservador da mídia] e Alan Greenspan [ex-diretor do Banco Central dos EUA], anunciando seu "regresso à liberdade" com suas últimas "reformas", que são uma



"Parem os cortes de Brown no SNS", diz montagem no site do Partido Conservador


safadeza contra a instituição que personifica a liberdade na Grã-Bretanha: o Serviço Nacional de Saúde (em inglês, NHS). Nenhum deles tem a menor ligação com as pessoas que mantêm meu hospital funcionando. O divisor de águas na Grã-Bretanha de hoje está entre a sociedade representada pelos que mantêm o Serviço de Saúde funcionando e sua mutação sintetizada pelos governos trabalhistas de Blair e Brown.

Em *Sicko* (ver pág. 2), o socialista Tony Benn profetiza uma revolução na Grã-Bretanha se o SNS for abolido. Mas o Serviço de Saúde da Grã-Bretanha está sendo destruído por desgaste, e se as últimas "reformas" não forem impedidas, será tarde demais para erguer barricadas. A 5 de outubro, o secretário da Saúde, Alan Johnson, aprovou lista de 14 empresas que serão consultoras e assumirão a "delegação de poderes" dos serviços do SNS. Ser-lhes-á dada a possibilidade de escolha, não o próprio controle, dos tratamentos que os doentes devem receber e quem os proporcionará. Com lucro de muitos milhões.

Essas empresas incluem as americanas UnitedHealth, Aetna e Humana. Estas organizações totalitárias têm sido multadas pelo seu conhecido papel nos serviços de saúde americano. No ano

passado, o diretor-geral da UnitedHealth, William McGuire, que ganhava 125 milhões de dólares por ano, demitiu-se após escândalo sobre direito de opção. Em setembro, a companhia aceitou pagar 20 milhões de dólares de multa "por não atender reclamações e não responder às queixas dos doentes". A Aetna teve que pagar 120 milhões de dólares, condenada num júri da Califórnia por "má-fé, opressão e fraude". O filme *Sicko* mostra uma analista médica da Humana testemunhando no Congresso que provocou a morte de um homem, por lhe recusar assistência, para poupar o dinheiro da empresa. Todos os anos morrem 18 mil americanos porque não têm acesso aos serviços de saúde ou porque não podem pagá-los.

Estas empresas são as amigas do governo trabalhista. Simon Stevens, antigo conselheiro de políticas de saúde de Blair, é hoje diretor-executivo da UnitedHealth. Julian Le Grand, que escreve no *Guardian* como distinto professor, dá sua aprovação esclarecida às "reformas" — também foi conselheiro de Blair.

Em Manchester, há outras "reformas" em vias de destruírem os serviços do SNS para os doentes mentais. William Scott suicidou-se após perder o direito ao apoio de um trabalhador do SNS que tratou dele durante oito anos. O que tudo isto significa é que o SNS está passando sub-repticiamente à privatização. É esta a política não-confessada do governo de Brown, cujas ações predadoras no exterior estão sendo copiadas internamente. Foi Brown, quando secretário do Tesouro, que promoveu a desastrosa "iniciativa financeira privada" como artimanha para construir novos hospitais, enquanto entregava enormes lucros a companhias suas protegidas. Em consequência, o SNS está sendo sangrado em 700 milhões de libras por ano. Isto provocou uma desnecessária "crise financeira", o argumento do beco sem saída, para permitir que apareçam mais oportunistas para se apoderarem do que foi outrora a maior proeza do antigo governo trabalhista. Vamos permitir que eles se safem com isto? 

* Jornalista e documentarista australiano (www.johnpilger.com); adaptação de texto (1º/11/07) do Resistir (http://resistir.info/)

Mostra - Portas Abertas - Amor, Vida Viva! - Entra a Serra e o Mar
II Mostra - Um Abraço - Lixo, Onde é que Eu Jogo? - Ambiente Coisa & Tal
III Mostra - Kamená - Vamos Acabar com a Diarréia - Programa 7
IV Mostra - Os Melhores Anos de Nossas Vidas - Mundos Possíveis - Vozes do Mar
Mostra - Portas Abertas - Amor, Vida Viva! - Entra a Serra e o Mar
II Mostra - Um Abraço - Lixo, Onde é que Eu Jogo? - Ambiente Coisa & Tal
III Mostra - Kamená - Vamos Acabar com a Diarréia - Programa 7
IV Mostra - Os Melhores Anos de Nossas Vidas - Mundos Possíveis - Vozes do Mar
Mostra - Portas Abertas - Amor, Vida Viva! - Entra a Serra e o Mar
II Mostra - Um Abraço - Lixo, Onde é que Eu Jogo? - Ambiente Coisa & Tal
III Mostra - Kamená - Vamos Acabar com a Diarréia - Programa 7
IV Mostra - Os Melhores Anos de Nossas Vidas - Mundos Possíveis - Vozes do Mar
Mostra - Portas Abertas - Amor, Vida Viva! - Entra a Serra e o Mar
II Mostra - Um Abraço - Lixo, Onde é que Eu Jogo? - Ambiente Coisa & Tal
III Mostra - Kamená - Vamos Acabar com a Diarréia - Programa 7
IV Mostra - Os Melhores Anos de Nossas Vidas - Mundos Possíveis - Vozes do Mar



MOSTRA 2008

VideoSaúde

MOSTRA NACIONAL DE VÍDEOS EM SAÚDE



inscrição > 01/março a 31/maio/2008

endereço

Av. Brasil, 4036, sala 516,
Manguinhos-Rio de Janeiro-RJ
CEP 21040-361 / 9h às 17h
videosaude@cict.fiocruz.br
www.fiocruz.br/videosaude

telefone

(0xx21) 3882-9109 / 9110 / 9111 / 9147
Telefax: (0xx21) 2290-4745

**20
anos**

PROMOVENDO
INFORMAÇÃO
AUDIOVISUAL
EM SAÚDE



VideoSaúde
Distribuidora da Fiocruz

Ministério da Saúde



FIUCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

